46e Année. — N° 35. Vendredi 1er Septembre 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Régression rapide des végétations adénoïdes, par le Dr Chauveau, 545. — Erysipèle de la face à répétition survenant d'un seul côté chez une femme atteinte d'otite externe chronique légère, par le Dr Chauveau, p. 546. — **Revue de la presse** : Sur quelques causes rares d'insomnie, p. 546. — Note préliminaire sur la pathogénie de l'hydrorrhée nasale, p. 547. — **Ve Congrès français de médecine** : Lille 1899 (*Suite et fin*) : Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques, p. 548. — De l'immunité et de ses applications thérapeutiques, p. 548. — Cellule musculaire cardiaque ayant formé embolie, p. 548. — Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic précoce et de pronostic de la phtisie pulmonaire, p. 548. — Les tuberculeux à Cannes, p. 549. — Tuberculose débutant par le hile du poumon, p. 549. — Sur la contusion thoracique dans ses rapports avec la pleurésie phtisiogène, p. 549. — De l'emploi thérapeutique du vanadium, p. 549. — **Congrès international de gynécologie et d'obstétrique** : tenu à Amsterdam (3e session), p. 550. — L'indication de l'opération césarienne et ses rapports avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel, p. 550. — Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire, p. 551. — De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin, p. 555 — Des rapports de l'opération césarienne avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel, p. 556. — Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire, p 556. — **Variétés** : Conférence médicale internationale de Bruxelles, 4 septembre 1899, p. 558. — **Nouvelles** : p. 558.

CLINIQUE MÉDICALE

Regression rapide des végétations adénoïdes

par le Dr Chauveau.

Nous nous sommes trouvé, ces mois derniers, en présence des trois faits suivants qui nous paraissent avoir un certain intérêt et que nous allons brièvement résumer.

Enfant, 9 ans, tableau clinique adénoïdien ordinaire. Végétations de moyen volume. L'opération, décidée pour la semaine suivante, est remise par suite d'une grippe intense survenue quelques jours plus tard. L'enfant m'est conduit environ un mois après, pour prendre jour. Examiné à nouveau, il ne présentait plus de végétations opérables.

Enfant, 11 ans, tableau clinique adénoïdien ordinaire. Végétations moyennes. Des raisons de famille font différer l'opération décidée. Grippe au bout de deux semaines. L'enfant me revient deux mois après, amené par son médecin, au jour que nous avions ensemble fixé à nouveau pour l'opération. L'examen fait à ce moment ne révélait plus de végétations de volume appréciable.

Un confrère de mes amis, familiarisé avec l'exploration du cavum, avait constaté chez un enfant de 13 ans, qu'il devait me confier, de grosses végétations adénoïdes. La semaine suivante, une grippe fit ajourner mon examen. Quand je le vis, six semaines après environ, je ne trouvai pas trace de végétations.

Il est bien entendu qu'aucun de ces trois enfants ne présentait de symptômes d'adénoïdite, diagnostic que tout spécialiste un peu avisé doit avoir toujours présent à l'esprit. Leur état général, quand je les ai examinés, était bon et rien n'indiquait une inflammation locale.

J'ai eu la curiosité de rechercher s'il n'y avait pas dans la science des faits analogues. Les auteurs classiques sont muets sur ce point. Mais, Bryson, Delavau et Hooper ont signalé (Société laryngologique américaine, 5 juin 1898) la disparition de végétations adénoïdes, à la suite de catarrhe aigu des fosses nasales et du rhino-pharynx.

Les anatomo-pathologistes ont depuis longtemps constaté des diminutions de volume et même des destructions partielles, donnant à la tumeur adénoïdienne les formes les plus irrégulières, processus qu'ils attribuent soit à une dégénérescence graisseuse, soit à une fonte purulente.

D'autre part, les cliniciens ont souvent noté que les inflammations infectieuses ou non modifient parfois profondément les tissus morbides. L'influence de l'érysipèle sur le cancer du sein est bien connue, ainsi que celle des injections irritantes sur les tuberculoses locales.....

On a signalé du reste des régressions analogues concernant cette autre partie de l'anneau de Valdeyer qui est l'amygdale palatine. Rappelons à ce sujet l'intéressante observation de Corominas (Revue des sciences médicales de Barcelone, 25 mai 1889), qui a trait à la guérison d'une énorme hypertrophie des amygdales à la suite d'une angine scarlatineuse.

A côté du point de vue théorique, ces faits m'ont paru présenter un intérêt professionnel. Pour tout adénoïdien qui a présenté après un premier examen une fièvre infectieuse, il importerait, à mon sens, de procéder à une nouvelle exploration du cavum, avant de revenir à la décision première de l'intervention.

Erysipèle de la face à répétition survenant d'un seul côté chez une femme atteinte d'otite externe chronique légère,

par le Dr Chauveau.

Des cas d'érysipèles récidivants ont été signalés depuis longtemps (Borsieri, Morry, Béhier, Verneuil, Joubert et, tout récemment, Lavrand au Congrès de Lille). Ladreit de Lacharrière (*Dict. de Déchambre*) et Stang (Congrès d'otiatrie allemande, 1893, Francfort) ont fait une étude clinique assez complète de la forme qui a pour point de départ l'oreille.

On sait que ces récidives se rencontrent surtout chez la femme et coïncident d'ordinaire avec les règles : d'où le nom d'érysipèle cataménial.

Notre observation présente quelques particularités intéressantes qui nous ont décidé à la publier.

Femme 48 ans. Ménopause depuis un an. Pas d'antécédents scrofuleux, fréquents d'habitude dans ces cas. Commémoratifs nuls, sauf une phlébite à la suite d'un accouchement, des poussées de métrite et quelques bronchites explicables par la profession de la malade, qui est blanchisseuse. Emphysème léger. Tendances à l'obésité.

Cette malade présentait, il y a cinq ans, une otite externe gauche légère, quand par cette oreille un érysipèle survint et envahit la face et le cuir chevelu, avec des symptômes généraux et locaux internes qui durèrent un mois.

En 1896, récidive, qui, comme les poussées subséquentes, partit de l'oreille et se limita à la moitié gauche de la face.

Rien en 1897 et 1898.

En 1899, trois rechutes durant l'hiver, et une autre il y a trois semaines. Notons que, depuis cette dernière attaque, l'oreille externe droite est malade comme la gauche.

On constate, pendant les accalmies, une irritation superficielle du tiers externe environ du conduit auditif, s'accompagnant d'une très légère sécrétion séropurulente et, par endroit, de fines desquamations épithéliales.

Il eût été fort intéressant de pratiquer des examens bactériologiques aussi bien dans les périodes de crises que dans les intervalles, pour apprécier les modifications biologiques et morphologiques possibles du streptocoque de Fehleisen. Malheureusement, notre malade avait été soumise, depuis longtemps, avant notre examen, à des médications antiseptiques variées.

Ajoutons qu'il s'agit bien là de l'érysipèle classique. La détermination locale intense est caractérisée par l'envahissement du pavillon qui devient énorme et de tout le côté gauche de la face jusqu'au menton, respecté comme à l'ordinaire : ni croûtes, ni phlyctènes. Polyadénite très volumineuse et douloureuse, sans suppuration. Fièvre élevée. L'accès dure, en général, huit jours et décline vers le quatrième jour. Pas de symptôme d'érysipèle rentré.

Ce qui nous a paru intéressant dans cette observation, c'est que les récidives de 1893 sont survenues en dehors de la vie sexuelle, les règles étant supprimées depuis un an ; que, d'autre part, nous avons eu affaire à des érysipèles francs, à réaction locale et générale très prononcée, différents en cela des érysipèles cataméniaux ordinaires qui ont le plus souvent l'allure de simples lymphangites ; et qu'enfin, malgré l'intensité des phénomènes, nous n'avons pas eu à noter les graves complications méningitiques ou autres signalées par Hang.

REVUE DE LA PRESSE

Sur quelques causes rares d'insomnie — Oppenheim (*Deutsche med. Zeit.* n° 60, 1899) a relevé quelques causes d'insomnie qui n'ont pas été suffisamment étudiées par les auteurs. Il a énuméré ainsi les catégories suivantes qui peuvent donner quelques indications au point de vue thérapeutique.

1. La forme psychogène de l'insomnie dans laquelle des idées morbides, des émotions fortes, un travail intellectuel excessif peuvent empêcher le sommeil. Les idées impulsives subissent une exacerbation dans les heures vespérales. Les phobies s'exagèrent souvent au moment où le sujet va se livrer au sommeil. Une forme très répandue consiste dans la crainte de ne pouvoir s'endormir. C'est ici qu'il faut placer la forme primitive d'insomnie nerveuse dans laquelle la surexcitation intellectuelle empêche le sommeil. L'hyperesthésie des organes des sens, surtout de l'ouïe, est une cause d'insomnie. Elle peut s'exagérer au point que les bruits monotones causent une excitation d'autant plus défavorable au sommeil que l'intelligence joue ainsi un rôle.

2. La forme douloureuse dans laquelle les douleurs de toute nature empêchent le patient de s'endormir. Beaucoup d'algies se produisent pendant la nuit. Les paresthésies, comme les démangeaisons, peuvent trouver le début du sommeil ; ici l'habitude joue un certain rôle. Il y a des neurasthéniques qui éprouvent le soir un prurit excessivement intense, surtout des organes génitaux. Il en est de même de l'urticaire, de l'œdème aigu circonscrit de la peau, deux affections qui se produisent dès que les personnes se mettent au lit. Les thermoparesthésies peuvent empêcher le sommeil. On doit citer encore les paresthésies du domaine des organes des sens, les bourdonnements d'oreille qui débutent souvent au moment où le patient va s'endormir tandis qu'ils disparaissent pendant le jour.

3. Les troubles gastriques. La dyspepsie nerveuse, la flatulence, la tympanite et les éructations se montrent souvent au moment du sommeil, alors que les personnes ne s'en plaignent pas pendant le jour.

4. Causes du côté du cœur et de l'appareil vasculaire. Elles troublent le sommeil par les battements du cœur et par des pulsations en d'autres régions du corps.

5. Troubles sécrétoires auxquels appartiennent l'hyperhydrose, la salivation qui se produisent par accès pendant la nuit.

6. Des phénomènes d'excitation motrice peuvent troubler le sommeil. Des tremblements fibrillaires, des secousses musculaires se produisent juste au moment de s'endormir.

7. Forme sexuelle de l'insomnie. Des érections douloureuses surviennent souvent pendant la nuit.

Il importe de remarquer que les conditions qui s'opposent au début du sommeil ne sont pas les mêmes qui interrompent le sommeil. Le sommeil même crée souvent les phénomènes qui le troublent. Un rêve peut arracher le patient au sommeil. On sait que les troubles gastriques, intestinaux, le ralentissement et l'accélération de la digestion, des mouvements péristaltiques peuvent interrompre le sommeil.

Le sommeil apporte donc avec lui les conditions de l'insomnie. La nervosité entraîne un sommeil superficiel, que des excitations légères suffisent à interrompre.

Il existe encore un rapport curieux entre certaines algies et le sommeil. Les hypnalgies sont des douleurs qui se produisent seulement pendant le sommeil. Certains sujets ne souffrent absolument pas pendant le jour, qui sont éveillés par de violentes douleurs en ceinture, ou des douleurs rétrosternales, des névralgies occipitales, des cardialgies.

Il s'agit le plus souvent de personnes nerveuses. La douleur peut cesser au réveil pour se reproduire encore au milieu du sommeil et le troubler. Il existe aussi une épilepsie qui est produite par le sommeil. Oppenheim explique ces douleurs par l'exclusion des appareils d'inhibition. Il croit qu'il existe des états pathologiques du système nerveux sympathique qui ne se produisent pas à l'état de veille. Mais il peut se produire aussi des hallucinations douloureuses.

Des douleurs qui sont occasionnées par le sommeil peuvent aussi avoir leur point de départ dans le cœur et l'appareil respiratoire et être déterminées par certaines altérations de l'innervation du cœur et des poumons. Oppenheim a observé une femme qui, antérieurement atteinte d'une pneumonie grippale, ne souffrait absolument pas pendant le jour, mais dont le pouls devenait irrégulier une demi-heure après le début du sommeil, le cœur et la respiration finissaient par s'arrêter. Il fallait réveiller la malade par d'énergiques excitations. Sous l'influence du bromure cet état s'améliora et se dissipa complètement en quelques jours. On pouvait ranimer l'activité cardiaque et respiratoire par un léger tapotement de la paroi thoracique. Oppenheim a constaté un fait semblable dans un cas de neurasthénie cardiaque.

Une autre malade, après avoir éprouvé une vive émotion par une mauvaise nouvelle, se mettait tranquillement au lit, mais était réveillée un quart d'heure après par des troubles respiratoires. Le visage pâle se couvrait de suffusions sanguines, elle surgissait de son lit sans avoir connaissance de ce qui se passait. La malade ne présentait aucun signe d'hystérie ni d'aucune autre maladie. Cependant Oppenheim croit qu'il s'agit ici d'une forme particulière d'hystérie ou d'épilepsie. L'hypnotisme ne réussit pas à supprimer les attaques pendant le sommeil ordinaire. La maladie s'améliora sous l'influence de hautes doses de bromure. Schlafer, Bernard, Folly ont cité encore d'autres cas d'hypnalgie ou de troubles nerveux très variés survenant dans la première période du sommeil.

L. J.

Note préliminaire sur la pathogénie de l'hydrorrhée nasale. — M. Brindel. Je désire aujourd'hui vous communiquer une petite note, uniquement pour prendre rang, sur des recherches, que je poursuis depuis quelque temps déjà, concernant l'étude histologique de la muqueuse nasale atteinte d'hydrorrhée.

J'ai le ferme espoir que ces recherches ne seront pas inutiles et viendront éclairer d'un nouveau jour la pathogénie, encore obscure, de l'hydrorrhée nasale.

Les auteurs qui se sont occupés de la question considèrent l'hydrorrhée comme une hypersécrétion des glandes de la muqueuse pituitaire. Cette hypersécrétion serait elle-même sous la dépendance d'un état inflammatoire (fièvre des foins) ou d'une vaso-dilatation, liée elle-même à un défaut d'action du trijumeau sur les fibres constrictives des vaisseaux irrigant la muqueuse (Bosworth).

En un mot, s'il y a écoulement abondant de liquide aqueux, c'est qu'il y a augmentation de sécrétion dans les glandes de la muqueuse. Telle est la théorie adoptée universellement, théorie que mes recherches histologiques tendent à révoquer en doute.

J'ai pris des fragments de muqueuse dégénérée, de cette muqueuse pâle, lavée, grenillée, qui recouvre les cornets, parfois même la cloison, surtout le cornet inférieur à son extrémité postérieure (queue de cornet), chez des hydrorrhéiques à coryza spasmodique. J'en ai pratiqué un grand nombre de coupes et j'ai pu faire, sur ces préparations, des constatations du plus haut intérêt.

Dans le nombre se trouvaient des muqueuses en crise hydrorrhéique que rien ne put calmer, pas même le fameux orthoforme, si ce n'est l'exérèse pure et simple du tissu dégénéré et tuméfié.

Sur les muqueuses en période de crise, comme sur les muqueuses en période d'accalmie, ce qui m'a frappé au premier abord, c'est la rareté extrême du tissu glandulaire et l'atrophie marquée des éléments acineux.

Les acini composant les lobules sont nettement en voie d'atrophie, séparés par du tissu fibreux, étouffés par lui ; en sorte qu'on ne saurait attribuer à de tels éléments glandulaires la sécrétion de cette énorme quantité de liquide qui caractérise les crises hydrorrhéiques.

Sur les mêmes préparations, j'ai pu constater, surtout au voisinage de la surface, une infiltration considérable de cellules rondes et un accroissement très marqué du calibre des vaisseaux sanguins.

Atrophie très marquée des éléments glandulaires, état inflammatoire très prononcé de la muqueuse, vaso-dilatation considérable, telles sont, en résumé, les constatations que j'ai pu faire sur les muqueuses hydrorrhéiques.

De l'ensemble de ces faits, je crois pouvoir conclure que l'hydrorrhée des coryzas spasmodiques n'est pas, en grande partie, fonction de sécrétion, mais bien de transsudation du sérum sanguin à travers les mailles du tissu sous-muqueux. Il s'agirait d'une sorte d'œdème de la muqueuse avec excrétion immédiate du liquide extravasé.

Ce n'est là du reste, Messieurs, qu'une théorie. Mes examens n'ont pas encore été assez nombreux pour lui donner une valeur irréfutable. J'ai tenu à prendre rang, me réservant, dans l'avenir, de poursuivre mes recherches et de confirmer, ou peut-être d'infirmer, mes premières constatations (Société médicale de Bordeaux, 2 décembre 1898).

Ve CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

LILLE 1899

(*Suite et fin*) (1).

Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques. — M. Mossé (Toulouse). J'ai déjà insisté, au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Nantes l'an dernier, sur les avantages qu'il peut y avoir à substituer les pommes de terre au pain dans l'alimentation des glycosuriques ; j'ai continué mes études sur ce sujet. Chez un diabétique azoturique, la glycosurie a diminué dès que le pain a été remplacé par des pommes de terre. Inversement le retour à l'alimentation par le pain a causé une brusque recrudescence de la glycosurie.

M. Renaut. Il est bon, du reste, de ne pas supprimer complètement les farineux de l'alimentation des diabétiques. Ces malades ont parfois tendance à exagérer les prescriptions médicales. Ils se nourrissent alors exclusivement de viande et en absorbent des quantités énormes. Or, cette nourriture, exclusivement carnée, les amène à l'acétonémie et ils peuvent mourir de coma diabétique. Le régime ne doit être sévère que lorsque la quantité de sucre est considérable ; mais quand le taux est tombé à quelques grammes, un régime sévère est plutôt nuisible, et on doit laisser prendre uue certaine quantité de féculents.

De l'immunité et de ses applications thérapeutiques.— M. Fauvel (Paris).Je tiens à insister sur le rôle important de certains organes glandulaires, agents évidents de l'immunité : les glandes du pharynx, du larynx et de la trachée pour les voies respiratoires, les glandes lymphatiques, le corps thyroïde et la rate pour le sang ; les glandes pituitaire et coccygienne pour les centres nerveux.

J'ai observé dix cas d'affections nerveuses diverses traitées par l'extrait de la glande pituitaire : trois tabétiques vite améliorés, deux neurasthéniques guéris et cinq sciatiques rebelles guéries par un nombre infime d'injections hypodermiques, dix dans des cas très intenses et rebelles, cinq et même deux seulement dans deux cas de sciatique.

(1) V. *France Médicale*, n° 32, p. 402, n° 33, p. 516, n° 34, p. 532.

Cellule musculaire cardiaque ayant formé embolie. — M. Charrin montre au Congrès de curieuses préparations histologiques, où l'on voit une cellule musculaire cardiaque parfaitement reconnaissable, siégeant au milieu de la lumière d'une artère cardiaque, englobée dans les globules rouges que contient l'artère. Au premier abord, on est tenté de supposer qu'il s'agit d'une cellule entraînée par le couteau du microtome, d'où résulte un artifice de préparation qui ne répond pas à la réalité des faits ; si cependant on considère que la cellule cardiaque est englobée au milieu de globules rouges tassés sans intervalles les uns contre les autres, si surtout on remarque que la même cellule se retrouve sur toute une suite de coupes en séries, on est bien obligé de conclure, malgré la singularité du fait, qu'il s'agit d'une cellule musculaire cardiaque en migration dans le torrent circulatoire et surprise en ce point au moment de la mort. On a donc affaire à une véritable embolie formée par une cellule musculaire cardiaque.

Le cœur d'où proviennent ces coupes appartenait à une femme morte de fièvre typhoïde.

M. Renaut (Lyon). Si singulière que paraisse le fait que rapporte M. Charrin, les coupes qu'il nous montre ne sont cependant pas susceptibles d'une autre interprétation. Il s'agit bien d'une cellule musculaire cardiaque entraînée dans la circulation.

Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic précoce et de pronostic de la phtisie pulmonaire. — MM. Daremberg et Chuquet (de Cannes). Au début de la tuberculose, quand les crachats n'existent pas, quand l'état général n'est pas mauvais, quand les signes physiques sont trop vagues pour imposer un diagnostic, l'examen minutieux de la température du malade fournira d'importants éléments de précision.

Quand on est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, on doit dire au malade de marcher tous les jours entre 3 et 4 heures, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement en rentrant. de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera reposé, et de répéter cette expérience pendant dix jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre ces deux températures atteint 4 à 5/10; si, d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

S'il s'agit d'une femme, on verra, malgré le repos, une élévation de température variant de 4 à 10/10 survenir un ou deux jours après les époques menstruelles. Ce nouveau signe thermique sera une confirmation du diagnostic tuberculose.

Souvent les tuberculeux latents ont, sans raison apparente, une poussée de fièvre de 39-40°, durant dix à vingt heures, au milieu de la santé la plus florissante en apparence. Il faut se méfier de ces fièvres éphémères qui ne peuvent être dues à une indigestion ou à un excès quelconque. Il faut s'en méfier surtout si ces sujets, enfants ou adultes, ont eu auparavant des fièvres typhoïdes anormales de longue durée ou à rechutes bizarres. Ces malades sont des tuberculeux guéris d'une ancienne poussée de bacillose à forme typhoïde et qui sont restés tuberculeux.

Ces faits sont non seulement importants pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose, mais ils éclai-

rent singulièrement les indications de l'hygiène des tuberculeux. Ils démontrent que les tuberculeux latents ou guéris doivent peu marcher, doivent avoir un régime alimentaire sévère, doivent se coucher dès qu'ils ont de la fièvre, et que les femmes tuberculeuses doivent se reposer avant et pendant les règles.

Si le médecin veut bien se donner la peine d'inculquer ces notions à ses tuberculeux, il leur rendra d'immenses services, empêchera le développement de la maladie latente ou évitera les poussées aiguës de la maladie torpide.

Les tuberculeux à Cannes. — M. A. CHUQUET (de Cannes). L'utilité des sanatoria dans le traitement de la tuberculose est maintenant bien établie et nos tuberculeux émigrent eu Suisse et en Allemagne où des sociétés intelligentes ont su créer de vastes établissements de ce genre.

Les sanatoria sont indispensables pour la cure des indigents tuberculeux, et il faut souhaiter que l'on construise rapidement de nombreux sanatoria populaires. Pour les malades plus fortunés, les sanatoria sont encore utiles, parce qu'ils constituent des écoles où les tuberculeux apprennent en peu de temps l'importance de la cure hygiénique. Mais des malades dociles, avec une bonne direction médicale, seront mieux soignés chez eux, dans ce que le professeur Landouzy appelle le « home sanatorium », et on leur évitera le spectacle pénible et décourageant que donne le sanatorium même le plus luxueux et le mieux installé.

Le tuberculeux doit établir ce « home sanatorium », dans une contrée saine, loin de l'humidité, des brouillards et des agglomérations humaines qui engendrent la viciation de l'air. Il doit éviter les excès de chaleur et de froid. En hiver, l'habitation dans les stations hivernales de la Méditerranée rend la cure facile, à cause de la douceur de la température qui permet l'aération de jour et de nuit. Le tuberculeux trouve dans ces stations un air pur, rendu aseptique par les rayons lumineux et le voisinage de la mer. Mais il ne retirera de son séjour de grands bénéfices que s'il s'astreint à garder la plupart du temps le repos, évitant les longues excursions et l'exposition prolongée au soleil. Il doit choisir une maison confortable, hygiéniquement installée, bien exposée au midi, possédant un jardin, et il fuira les hôtels où la cure ne peut se faire qu'avec les plus grandes difficultés.

Les climats des stations mediterranéennes, de Cannes en particulier, bons dans la tuberculose pulmonaire, ont leur maximum d'efficacité dans la tuberculose locale ou chirurgicale, grâce à l'action de l'air marin et des bains de mer. C'est ce que prouvent des statistiques recueillies à Cannes dans la clinique de l'Asile évangélique pour la tuberculose pulmonaire, dans celle de l'Asile Dollfus pour la tuberculose chirurgicale.

Tuberculose débutant par le hile du poumon. — M. E. RONDOT (de Bordeaux), étudiant les manifestations initiales de la tuberculose pulmonaire dans la région du hile, montre que les premiers signes peuvent se cantonner dans cette zone, avant l'apparition des manifestations vers les sommets des symptômes de la période de germination de Grancher.

Ce sont des bruits adventices, constitués par des râles bullaires, traduisant ce processus d'infiltration bronchique sous-épithéliale qu'a presque toujours rencontré Birch-Hirschfeld sur les foyers de tuberculose surpris dès leur première période chez des sujets morts subitement avec les apparences de la santé.

Ils peuvent subsister pendant longtemps sans signes de condensation du tissu pulmonaire, et se montrent d'une façon transitoire à la suite des injections de la tuberculine d'épreuve ou de l'administration de l'iodure de potassium.

Dans le cours d'une phtisie confirmée, les symptômes physiques se localisent parfois dans cette même région, comme on peut l'observer au cours de certaines tuberculoses d'origine traumatique, ou bien chez les diabétiques, ou quand les lésions sont masquées par un emphysème généralisée.

Enfin l'extension du processus est susceptible de se montrer en premier lieu à la région du hile du poumon sain, lorsque l'autre poumon est déjà le siège de lésions avancées.

L'existence de ces signes a toujours été relevée en dehors de ceux qui se rapportent à l'adénopathie trachéo-bronchique, avec lesquels ils peuvent se rencontrer.

Sur la contusion thoracique dans ses rapports avec la pleurésie phtisiogène. — M. DESOIL (de Lille). La contusion thoracique, non seulement lèse les parties superficielles de la cage thoracique, mais peut intéresser les organes profonds, la plèvre, le poumon.

Tantôt il ne s'agit que de lésions simples spontanément réparables : pleurésie, pneumonie traumatiques.

Tantôt, chez les individus prédisposés, il s'agit de lésions spécifiques, capables d'évolution.

Dans ces cas, tantôt la phtisie pulmonaire est banale et n'a qu'un rapport plus ou moins indirect avec le traumatisme initial qui n'a été suivi d'aucune lésion locale pleuro-pulmonaire.

Tantôt, au contraire, il y a un rapport causal entre les deux faits, et transformation d'emblée des lésions traumatiques pleuro-pulmonaires en lésions tuberculeuses. Cette tuberculose traumatique de la plèvre et du poumon ne suit pas la même évolution que la tuberculose ordinaire : au lieu que les lésions procèdent des sommets vers les bases (loi de Louis), elles partent de la région traumatisée et gagnent de proche en proche les parties voisines.

S'il s'agit, en particulier, de pleurésie tuberculeuse traumatique, l'infection pulmonaire se fait par continuité directe de la plèvre aux portions pulmonaires en rapport avec elle, c'est-à-dire habituellement les lobes moyen et inférieur. De là, par marche ascendante, elle gagne les sommets et l'autre poumon.

C'est donc un processus tout à fait inverse du type ordinaire.

La plèvre se comporte, à ce point de vue, comme une séreuse d'articulation, et il s'agit ici d'une véritable « tuberculose chirurgicale » de l'appareil pleuro-pulmonaire.

A l'appui de sa manière de voir, M. Desoil rapporte 5 ou 6 cas déjà publiés par les auteurs et, comme contribution personnelle, 3 nouvelles observations prises dans le service de M. Combemale.

De l'emploi thérapeutique du vanadium. — MM. LYONNET, MARTZ et MARTIN (Lyon) rendent compte des recherches expérimentales qu'ils ont exécutées sur les dérivés du vanadium et des résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus sur plus de deux cents malades.

Ils ont employé de préférence le métavanadate de soude

qui est un sel bien défini, fixe, et qu'il est possible, avec certaines précautions, d'avoir rigoureusement pur. Ils ont essayé aussi les vanadates de fer, de lithine et le phospho-vananadate de soude.

Ils ont vu que chez les animaux (chiens, lapins, cobayes) la dose toxique moyenne était de 0,036 milligr. par kilog de matière vivante en injection intra-veineuse.

Ce sont les phénomènes respiratoires qui sont les plus importants, les animaux présentent rapidement du Cheyne-Stokes.

Les troubles circulatoires sont beaucoup moins accusés. Il n'y a pas d'action sur le sang.

Les auteurs ont employé les vanadates dans plus de deux cents cas d'affections diverses (tuberculose, chlorose, rhumatisme chronique, neurasthénie, etc.)

Ils ont eu quelques cas négatifs, mais presque toujours, cependant, une augmentation plus ou moins rapide de l'appétit, des forces et du poids,

L'urée et le coefficient d'oxydation sont en général augmentés.

Le vanadium leur paraît donc être un excitant énergique de la nutrition. Il est probable que les vanadates, qui ont un pouvoir oxydant considérable, employé maintenant dans l'industrie, agissent en donnant comme un coup de fouet aux combustions organiques.

Ils ont employé le vanadate de soude à la dose de 2 à 5 milligrammes par vingt-quatre heures et ne le donnent que trois jours isolés par semaine.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Amsterdam (3e *session*)

La 3e session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique s'est tenue à Amsterdam du 8 au 12 août ; elle a été ouverte par un discours en français du président, le prof. Treub (d'Amsterdam); le secrétaire général, Dr Mendès de Léon, a fait connaître qu'à la suite d'un malentendu les confrères allemands, y compris les rapporteurs, ont renoncé à venir au Congrès, et sont demeurés irréductibles dans leur décision.

Ont pris ensuite la parole les délégués étrangers : MM. les professeurs Pinard (Paris), Reverdin (Genève), Engelman (Boston), Jacobs (Bruxelles), Barnes (Londres), Jessett (Londres), Smith Fargast (Barcelone), Stokvis (Amsterdam), Westermark (Stockholm), Schonberg (Norvège), de Rein (Kiew), Pasquali (Italie), Jonnesco (Bucarest).

L'indicatien de l'opération césarienne et ses rapports avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel.—M. le prof. Pinard, *rapporteur*. Après avoir indiqué l'importance de la question ainsi posée, le prof. Pinard étudie d'abord successivement les quatre opérations mises en présence et expose la valeur de chacune d'elles au point de vue théorique et pratique.

Opération césarienne. — En terme général il définit l'opération césarienne : l'ensemble des actes opératoires à l'aide desquels on incise la paroi abdominale et la paroi utérine, et on procède à l'extraction de l'enfant par la voie ainsi créée artificiellement. La conduite tenue consécutivement fait qualifier cette opération : 1° d'opération césarienne conservatrice (laparo-hystérotomie) ; 2° d'opération césarienne mutilatrice (laparo-hystérotomie, suivie de l'hystérectomie partielle (Porro) ou complète), suivant que l'on se contente de suturer simplement les incisions ou que l'on pratique l'amputation partielle ou totale de l'organe gestateur.

Pour lui l'opération césarienne est une opération simple, facile à exécuter et dont les dangers, infection et hémorragie, ont été infiniment réduits par l'application de l'antisepsie et les sutures. Quant à l'enfant, on le soustrait à tout traumatisme en lui créant ainsi une voie artificielle suffisante.

Cela fait, il donne les résultats pratiques enregistrés par Olshausen, Léopold et Zweifel.

Statistique de Olshausen : 29 femmes opérées, 27 guéries, 2 mortes, 26 enfants vivants.

Statistique de Léopold : 100 femmes opérées : 71 opérations césariennes conservatrices, 7 femmes mortes 9,8 p. 100; 29 opérations césariennes mutilatrices, 3 femmes mortes 10,3 00; 87 enfants vivants.

Statistique de Zweifel : 51 femmes opérées, 50 guéries, 1 morte.

Tels sont les résultats fournis par l'opération césarienne mais pratiquée *dans des conditions déterminées*, car les contre-indications de l'opération césarienne formulées par ces accoucheurs sont nombreuses.

Symphyséotomie. — La symphyséotomie est une opération ayant pour but la section du pubis et l'agrandissement provoqué du bassin permettant à l'enfant de traverser alors la filière pelvienne, sans avoir à lutter contre le bassin osseux. Mais l'appareil génital restant intact, l'enfant doit être ensuite expulsé ou extrait par les voies naturelles et dilater lui-même les parties molles : vagin et vulve.

Contrairement à l'opération césarienne, la symphyséotomie est une opération préparant l'accouchement et ne l'effectuant pas. La symphyséotomie est une opération facile : seuls les accoucheurs qui ne sont pas familiarisés avec elle peuvent dire que c'est une opération difficile et compliquée.

Du 4 février 1892 au 20 janvier 1899, *cent symphyséotomies* ont été pratiquées à la clinique Baudelocque avec les résultats suivants : femmes guéries 88, mortes 12, enfants vivants et bien portants 87. Et ces résultats ont été obtenus en pratiquant la symphyséotomie dans tous les cas où le rétrécissement du bassin mettait obstacle à l'accouchement, que la femme ou l'enfant fussent bien portants ou malades.

M. Pinard s'appuie exclusivement sur sa statistique, car, pour lui, seule, une statistique complète, intégrale et détaillée, peut offrir les éléments sérieux, véritablement scientifiques, pour discuter, comparer, apprécier et juger.

Dans la statistique qu'il communique, on constate encore que 22 femmes symphyséotomisées sont redevenues enceintes, que de ces 22 femmes 6 ont été symphyséotomisées pour la deuxième et même pour la troisième fois, et que 16 de ces femmes ont eu consécutivement des accouchements spontanés.

Des tableaux nombreux démontrent enfin combien, depuis l'avènement de la symphyséotomie à la clinique Baudelocque, le nombre des interventions a diminué dans les rétrécissements du bassin.

Craniotomie. — La craniotomie ou perforation du crâne est rarement suffisante et le plus souvent suivie du broiement ou de la dislocation des os de la tête fœtale. Elle est pratiquée pour faire disparaître la disproportion entre le bassin et la tête de l'enfant et rendre l'accouchement possible. L'enfant est alors considéré comme un corps étranger.

De 1882 à 1899, 81 craniotomies ont été pratiquées dans le service de M. Pinard et ont donné les résultats suivants : 72 femmes guéries, 9 mortes.

Ces chiffres démontrent bien que les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme maternel au moment d'une intervention obstétricale quelconque, jouent, au point de vue des suites opératoires, un rôle considérable sinon capital.

Accouchement prématuré artificiel. — Doit être défini : l'interruption de la grossesse à une période où l'enfant est viable et au moment où ses dimensions ne l'emportent pas sur celles du bassin. Elle suppose donc la connaissance préalable exacte et précise : 1° de l'âge de la grossesse; 2° du degré de rétrécissement pelvien et des dimensions de la fête fœtale, ce qui est impossible en clinique, comme le démontrent les statistiques les meilleures et où la mortalité fœtale dépasse 30 0/0.

Si la mortalité maternelle ne dépasse pas 2 0/0, cela tient à ce que l'on intervient chez des femmes *toutes saines* au moment de l'intervention. Avant d'exposer les indications et les contre-indications, M. Pinard fait une profession de foi.

Pour lui l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes.

Dès qu'un enfant est conçu, nul n'a le droit de s'opposer à son développement; l'accoucheur, toujours et partout, a le devoir de le protéger ainsi que la mère.

Cette doctrine exclut donc de la thérapeutique des rétrécissements du bassin aussi bien l'accouchement provoqué que l'embryotomie sur l'enfant vivant. Si, avant l'antisepsie, à l'époque où l'opération césarienne et la symphyséotomie tuaient, le plus souvent, les mères, l'accouchement prématuré a pu être adopté, il ne doit plus en être ainsi.

De même, M. Pinard n'admet pas qu'on discute l'opportunité d'une intervention en se basant sur la valeur morale ou sociale de la vie de la mère ou de celle de l'enfant, car si l'on entre dans cette voie et si l'on est logique, on aboutit fatalement à la disparition de l'espèce. Les conditions du milieu hygiénique ou social ne doivent pas avoir plus d'influence sur le choix d'une intervention que le nombre de naissances dans un pays ne doit légitimer les opérations fœticides.

A l'heure actuelle, en raison de ce que nous a appris l'expérience, en face d'une femme ne pouvant accoucher par suite d'un rétrécissement du bassin, l'enfant étant vivant, deux interventions seulement peuvent et doivent être discutées : l'agrandissement momentané du bassin ou l'opération césarienne.

Dans les rétrécissements extrêmes l'accord est unanime, il faut pratiquer l'opération césarienne, mais ces cas sont rares et le deviennent de plus en plus. Les cas les plus nombreux sont les bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum, le diamètre utile, le diamètre praticable, est au-dessus de 6,6. Doit-on, dans ces cas, pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne? La véritable importance de la question est là. Tout en reconnaissant certains avantages présentés par l'opération césarienne. M. Pinard donne sans hésitation sa préférence à la symphyséotomie, et est d'accord sur ce point avec Zweifel qui, cependant, est l'accoucheur qui a eu le plus de succès en pratiquant l'opération césarienne, l'ouverture du ventre et la section de l'utérus constituant un plus grand danger que la section du pubis.

S'appuyant sur ce qu'il a dit au Congrès de Rome, sur ce que Varnier a exposé au Congrès de Moscou, M. Pinard termine par les conclusions suivantes :

Dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître :

1° L'accouchement prématuré artificiel ;

2° Toute opération (forceps, version, etc.) impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur.

3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

Pendant le travail de l'accouchement deux dangers doivent être évités :

1° La longueur du travail ;

2° L'infection.

L'obstétrique opératoire doit comprendre dans les rétrécissements du bassin :

1° L'agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) ;

2° L'opération césarienne conservatrice ou suivie de l'hystérectomie partielle ;

3° L'embryotomie sur l'enfant mort.

Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. — M. Gustave Bichelot (de Paris), *rapporteur*. La question qui vous est posée m'a paru tout d'abord séduisante, et je me suis plu à l'idée de la développer. Mais, elle est aussi bien difficile, par son étendue et sa généralité. Il faudrait, pour la traiter complètement, passer en revue presque toute la gynécologie ; et une pareille tâche est tellement au-dessus de mes forces, que je me suis résigné bien vite à effleurer seulement mon sujet, et à ne mettre en lumière que les faits essentiels pour le bien comprendre. Je me renfermerai dans de justes limites en cherchant, non à recommencer l'inventaire des ressources multiples que les travaux modernes ont mises entre nos mains, mais à montrer dans quel esprit nous devons les utiliser. Et je déclare immédiatement : la puissance de la gynécologie actuelle n'est pas toute entière contenue dans les formules de laboratoire. Si l'asepsie presque parfaite est le point d'appui nécessaire pour engager la lutte, il ne suffit pas d'un bon procédé de lavage ni d'une soupape ingénieusement construite pour en sortir victorieux. La part du chirurgien est plus grande, son rôle plus délicat, son jugement et son habileté plus utiles ; je m'efforcerai de le démontrer.

L'étude comparative qui nous est proposée exige que nous examinions d'abord nos *résultats opératoires*. Sous ce premier titre, nous verrons: 1° quelle a été l'évolution de l'antisepsie,quel est son rôle et quelles sont ses limites ; comment la technique s'est modifiée dans ces dernières années, quelle est son importance extrême, et combien il faut être chirurgien pour faire bien la chirurgie.

Puis viendra l'examen des *résultats thérapeutiques*, des suites éloignées sur lesquelles l'antisepsie et la technique ont chacune leur part d'influence. Après avoir montré leur valeur relative dans cet ordre d'idées, nous concluons en saluant leur bienfaisante association, qui a déjà reculé les bornes de la gynécologie conservatrice — ce qui ne veut pas dire inactive — et en applaudissant aux progrès nouveaux qu'elle nous permet d'entrevoir.

Avec la méthode de Lister, et avant tout autre progrès, l'antisepsie était créée, la révolution accomplie. L'antisepsie était la condition *sine qua non* des perfectionnements à venir de la technique ; sans elle, on piétinait sur place, avec elle on put marcher de l'avant. Aujourd'hui, elle est la base inébranlable sur laquelle est édifiée la gynécologie moderne.

Mais elle n'est pas tout à elle seule. Elle eut de tout temps ses erreurs, elle a encore ses imperfections. Au début, l'air était notre principal ennemi ; c'étaient les germes de l'air qui envahissaient la plaie ; toutes les variétés de microbes, indistinctement, venaient y jouer le rôle des ferments pathologiques. Le phénol, choisi par Lister, régnait en maître ; on le répandait sur le sol, on s'en abîmait les mains, on le versait snr les plaies avec un arrosoir. Toute la méthode consistait dans l'emploi d'un antisepsique puissant ou réputé tel.

Timidement et respectueusement, cette première période fut qualifiée d'empirique : il y avait à cela quelque raison, malgré la conscience et l'excellent esprit des recherches de Lister. Mais n'oublions pas que, dès ce moment, les résultats de nos opérations étaient si bien transformés, que toutes les audaces étaient permises et tous les espoirs légitimes.

Vient ensuite une étude plus approfondie des conditions de la septicité des plaies, des sources multiples de l'infection, des agents divers qui peuvent la combattre. L'air n'inspira plus les mêmes craintes, le spray fut négligé comme donnant une sécurité trompeuse ; il ne fut plus question que des pièces de pansement, des instruments, des mains. La morphologie des microbes, leur spécificité, leurs degrés de virulence remplissent les travaux de cette époque.

Cette période est celle de la crédulité scientifique. La méthode, toujours simpliste, se réduit à trouver le meilleur antiseptique de laboratoire et à le transporter au lit du malade. Cette recherche d'une formule absolue, cet oubli des conditions de la vie conduisent à l'exagération ; l'idée fixe de tuer le microbe le fait chercher dans les coins où il sommeille inoffensif, loin du champ opératoire. On invente les angles arrondis ; quelques-uns prennent un bain de sublimé avant d'entrer dans leur service.

Il y avait cependant, à cette époque, des esprits moins doctrinaires qui ne jugeaient pas utile de guerroyer à si grande distance ; qui pensaient que l'antisepsie tient tout entière entre les doigts du chirurgien, ses instruments et la région qu'il opère ; que, s'il est bon d'avoir autour de soi des murs nus et des meubles en métal ou en verre, c'est pour rendre facile une propreté minutieuse et éloigner les causes d'infraction contre la méthode ; mais qu'une salle d'opération doit être simple et construite à peu de frais, qu'il est absurde, quand on opère en ville, de retourner les tableaux et d'enlever les bustes, et qu'à vouloir être « scientifique » on devient facilement « prud'homme ».

Ceux qui pensaient de la sorte savaient bien que le sublimé, malgré sa puissance anti-microbienne, lutte en vain contre certaines suppurations ; ils savaient aussi que l'iodoforme, malgré son impuissance alléguée est un antiseptique précieux dans certaines conditions, puisqu'il reste huit jours et plus dans une plaie vaginale sans laisser venir ni odeur, ni suppuration, ni fièvre, tandis qu'un tampon de salol — antiseptique supérieur *in vitro* — est pourri dans l'espace de deux jours. Ils avaient donc cette notion très nette, que les prévisions du laboratoire ne se réalisent pas toujours. Mais ce n'est pas tout.

Malgré le luxe des précautions, au milieu des séries heureuses se glissaient toujours quelques insuccès, et cela même dans des cas simples où un malheur n'était pas à prévoir ; l'infection paraissait défier la puissance des antiseptiques répandus à profusion. D'autre part, des accidents sérieux pouvaient être imputés quelquefois à l'antisepsie elle-même. Si bien qu'un fait nouveau nous apparut avec une clarté de plus en plus vive : les antiseptiques sont insuffisants et un fait déjà ancien s'imposa davantage à notre esprit : les antiseptiques sont dangereux.

Les antiseptiques sont insuffisants, la bactériologie l'a démontré pour les meilleurs d'entre eux. Le sublimé lui-même n'empêche pas les cultures microbiennes de produire des colonies; et si, par un contact intime et prolongé, il tue les microbes adultes, il est sans influence aucune sur leurs spores. Ainsi la préservation est incomplète et une fissure peut toujours se produire où passent à notre insu les germes d'une infection primitive ou secondaire. De plus, dans les foyers infectés, l'action des antiseptiques est trop superficielle; ils pénètrent mal les tissus imprégnés de microbes et de spores. Voyez comme nos injections viennent difficilement à bout d'une poche tubaire laissée dans le ventre et ouverte à l'extérieur, et combien persistent malgré nous ces trajets fistuleux.

Les antiseptiques sont dangereux et je ne veux pas seulement parler des accidents mortels qu'on a vus se produire au temps où les chirurgiens faisaient de véritables orgies phéniquées, où les urines noires étaient monnaie courante, où on versait l'iodoforme à la cuiller sur les plaies. Ces accidents-là peuvent être évités par la prudence la plus élémentaire. en faisant usage de doses modérées; je ne les ai jamais vus pour ma part et j'estime que l'empoisonnement iodoformé a plus d'une fois servi d'excuse à des chirurgiens auxquels l'aveu d'une asepsie incomplète paraissait trop pénible. Mais le danger est aussi dans ces troubles de nutrition locale dont les antiseptiques sont responsables par leur action chimique. Ils ralentissent la réparation des plaies, ils retardent les phénomènes de multiplication cellulaire et de karyokynèse ; la névrose moléculaire qu'ils produisent affaiblit la phagocytose et prépare des foyers d'infection. Est-il indifférent, pour les éléments cellulaires du péritoine, d'être touchés par nos solutions ? L'eau salée elle-même les offense, et il a fallu des recherches minutieuses pour savoir à quel degré de concentration elle respecte leur intégrité.

Ainsi l'usage des antiseptiques ne va pas sans de réels inconvénients, et nous ne pouvons échapper à leur action destructive qu'en diminuant leur puissance protectrice. De là le discrédit relatif dans lequel sont tombées peu à peu

les substances antiseptiques, et la faveur croissante dont jouit actuellement la stérilisation par la chaleur. Nous voici dans la période contemporaine.

Née en France, dans le laboratoire de Pasteur, l'utilisation de la chaleur, pour détruire les microbes, pour stériliser les instruments et les pièces de pansement, pour ne mettre en contact avec nos opérés que des objets absolument aseptiques, nous conduit à des résultats voisin de la perfection. Elle substitue, comme le dit Terrier, une certitude mathématique à un calcul de probabilités ; microbes et spores sont détruits à coup sûr, non par l'ébullition à 100 degrés, mais par l'ébullition à une température supérieure dans une solution de carbonate de soude ; par le séjour dans une étuve sèche, par la vapeur sous pression dans un autoclave à 120°, 130°, 150°. Tout objet qui n'est pas altéré par ce traitement doit y être soumis ; tout objet stérilisé de la sorte offre au chirurgien une entière sécurité. Ici, trois questions se présentent à l'esprit :

1° L'utilisation de la chaleur est-elle un perfectionnement, un progrès dans la lutte contre l'infection? La réponse n'est pas douteuse, et je n'y insiste pas davantage.

2° Est-elle une méthode nouvelle? Oui, répondent les chirurgiens, qui l'appellent « méthode aseptique », et disent que nous avons substitué l'asepsie à l'antisepsie. Mais il y a là — soit dit en passant — un abus de langage. L'asepsie est le but, l'antisepsie est le moyen. La méthode ne peut pas être aseptique, les deux mots jurent ensemble. On veut dire, en parlant ainsi, qu'on a substitué la chaleur, autant que faire se peut, aux solutions et aux poudres ; mais la chaleur n'est elle-même que le plus puissant des moyens antiseptiques. Je continue donc à dire « méthode antiseptique », car, dans l'introduction de la chaleur, il n'y a pas eu changement de méthode, il y a eu continuation et perfectionnement.

3° Est-elle une simplification? Non, certes, et là encore, il ne faut pas se payer de mots. La stérilisation est obtenue à l'aide d'appareils de précision, d'une fabrication difficile, d'un prix élevé, d'un maniement délicat. C'est un luxe d'un nouveau genre, auquel les fabricants et les inventeurs ne désirent pas mettre un frein.

Les chirurgiens qui sont entrés dans la voie de l'asepsie ont encore amélioré leurs résultats. Quelqes-uns semblent ne pas désespérer d'atteindre à la perfection, car tous les jours, aux précautions qu'ils prenaient jadis, ils ajoutent une précaution nouvelle, baignant, lessivant et rasant leurs malades pendant huit jours, mettant des gants bouillis, mettant des masques. Ils disent avec raison qu'il faut commencer la journée par l'acte opératoire, et s'abstenir des touchers suspects le jour et même la veille d'une opération ; qu'il faut, dans les services de chirurgie, séparer les malades infectés. Reste à accorder ceux qui mettent des gants ou se brossent les mains furieusement et immergent dans plusieurs cuvettes successives, avec Terrier, qui « se les lave au minimum », ne voulant que du savon et un peu de sérum artificiel. Mais, en dépit de certaines divergences et de quelques subtilités, cet effort constant vers l'asepsie nous a donné des succès merveilleux.

*
* *

Mais quelle que soit l'importance de l'antisepsie, et elle est grande, elle ne saurait laisser dans l'ombre les avantages précieux de la technique.

La technique se compose d'élements d'inégale valeur qu'on peut résumer en deux chapitres, auxquels je donnerai les titres de : 1° *Instrumentation* ; 2° *Habileté des chirurgiens.*

Instrumentation. — Je déclare tout d'abord que notre époque a vu éclore une foule innombrable d'inventions qui ne méritent que l'oubli. Cette pullulation instrumentale, ces formes infiniment variées qui prétendent répondre à tous les besoins de l'opérateur, faciliter chacun de ses mouvements, s'adapter aux moindres détails, ne sont pas des perfectionnements. Quelques-unes, de temps en temps, qui, remplaçant avec profit des formes démodées, améliorent sans l'augmenter l'arsenal du chirurgien. Mais je n'aime pas l'outillage excessif : les boîtes à compartiments multiples, les modèles étonnants qu'on étale autour de soi : préoccupation bizarre dont le sens commun fait heureusement justice, car le plus souvent l'opération s'achève avec un bistouri, une paire de ciseaux et quelques pinces.

Cela dit, notre admiration n'a pas faibli pour la pince hémostatique, cet outil merveilleux qui épargne le sang, qui entretient la netteté du champ opératoire, qui évite les temps d'arrêt, les attouchements multipliés, et permet de poursuivre avec précision et méthode un plan opératoire défini.

Une invention plus récente et de premier ordre, à laquelle nous devons rendre hommage sans réserve, c'est le plan incliné. La position de Trendelenburg a été, sans contredit, une source de progrès ; elle a rendu nos laparotomies plus habiles et plus sûres.

Quelques opérateurs paraissent attacher aux instruments dont ils se servent une importance énorme. Pour moi, je pense qu'on saisit très commodément une tumeur fibreuse avec un gros tire-bouchon, mais qu'on le fait à peu près aussi bien avec une forte pince ; qu'il est loisible à chacun d'avoir sa valve, son aiguille préférée, mais qu'il ne faut pas compter sur les vis et les crochets pour donner de l'esprit aux chirurgiens.

En résumé, la manie instrumentale ne donne que l'illusion du progrès. N'inventons que le strict nécessaire et revenons à la plus grande simplicité. Le chirurgien qui réussit le mieux est celui qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens.

L'habileté chirurgicale. — En comprenant ce mot dans son sens le plus large, on y découvre les trois qualités maîtresses — dextérité, ingéniosité, jugement — à l'aide desquelles les chirurgiens se sont perfectionnés depuis vingt ans sous l'égide de l'antisepsie et sont devenus les ouvriers que nous connaissons.

La dextérité est variable à l'infini ; quelques-uns l'ont en naissant, d'autres ne l'auront jamais ; la plupart l'acquièrent et la développent sans cesse.

Le chirurgien habile opère vite. Il faut bien dire que l'antisepsie, en leur donnant une sécurité excessive, n'a pas été sans nuire à la dextérité des gynécologues. Ils se prirent à penser qu'ils n'avaient plus besoin d'exercer leurs doigts, et qu'une opération conduite avec lenteur et tâtonnements valait autant qu'une opération bien faite. On vit d'excellents chirurgiens — laissons de côté les médiocres, dont l'antisepsie couvre mal les imprudences — abandonner tout souci d'exécution magistrale, verser dans la recherche du détail, compliquer leurs procédés, allonger

leurs opérations. La vérité est qu'une opération trop longue a beaucoup de chances d'être mauvaise, parce qu'il est difficile de conserver jusqu'à la fin une asepsie parfaite, et parce que chez les malades affaiblies, une certaine dépression nerveuse — le choc opératoire, si vous voulez — s'ajoute aux risques d'infection et à la perte de sang. Pour aller vite et bien, il faut agir avec ordre, exécuter rapidement certains temps prévus et toujours les mêmes, se ralentir aux passages difficiles, mais rester toujours en haleine, éviter les temps d'arrêt, les abandons et les reprises ; réfléchir à tout instant pour se garer contre les fausses pistes qui font perdre du temps ; ne rien précipiter, ne rien escamoter. Et ce dernier mot m'amène à protester contre la rapidité excessive, l'abus des tours de main, l'exécution trop brillante.

J'en ai dit assez maintenant pour montrer comment l'antisepsie, tout en étant la base de la gynécologie opératoire moderne, est loin d'être la seule condition pour faire un gynécologue et un opérateur. Nous l'avons vue couvrir bien des imprudences ; et nous pourrions nous écrier, en parodiant un mot de la Révolution française : « O antisepsie, que de crimes on commet en ton nom ! » C'est qu'elle ne crée pas les mains adroites et les jugements surs. Il semble bien qu'elle n'a plus de grands progrès à faire ; tandis que l'art, toujours en marche, nous promet encore des perfectionnements, des réformes et des statistiques plus belles.

Si je voulais démontrer cette vérité trop évidente, que les meilleurs procédés donnent les résultats thérapeutiques les plus parfaits, je devrais passer en revue toute la médecine opératoire et me livrer à une critique sans fin. Mais je n'oublie pas qu'on nous demande la valeur relative de l'antisepsie et de la technique ; et, pour apprécier la part qui revient à chacune d'elles dans nos résultats éloignés, je prendrai pour thème, non pas les grandes interventions où la vie est en jeu mais les opérations réparatrices.

Ma tâche serait ici de montrer que l'antisepsie, en donnant au gynécologiste la sécurité, lui a permis d'expérimenter, de varier, d'améliorer sa technique, et d'obtenir ainsi des guérisons plus franches et plus solides. Seulement, au lieu de signaler la tendance fâcheuse de certains opérateurs à faire reposer presque entièrement sur l'antisepsie le succès immédiat de nos interventions, j'aurais, plutôt, en ce qui concerne les résultats éloignés, à fixer votre attention sur la tendance inverse, qui oublie la manière dont l'antisepsie prépare le terrain, pour exagérer l'importance du procédé. Je prendrais volontiers pour titre « les illusions de la technique individuelle et des procédés d'auteurs », et mon but serait, ici encore, de vous montrer que nous devons toujours viser à l'absence de toute recherche inutile, et que les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas une vue nette et simple des indications à remplir. Permettez-moi de limiter ainsi mon sujet, et de l'éclairer par quelques exemples.

On a beaucoup discuté sur la meilleure manière de fermer l'abdomen après la laparotomie, pour avoir une cicatrice solide et éviter les éventrations. Une intéressante discussion du Congrès de Genève, en 1893, met en lumière les idées complexes et parfois contradictoires d'éminents chirurgiens. On y trouve, comme causes des mauvaises cicatrices, les sutures trop serrées, le défaut de coaptation parfaite, l'enlèvement prématuré des fils, l'absence de ceinture abdominale, le niveau de l'incision dans le sens vertical, sa longueur, la fermeture à un seul étage, la nature des fils, enfin la nature des tissus réunis, la ligne blanche ne valant rien et devant être excisée, les muscles droits avivés au bistouri et minutieusement adossés. On y trouve aussi la suture intra-dermique ; on y trouve même, sous le nom d'« incision esthétique » l'ouverture de l'abdomen en travers. Et au milieu de ces considérations diverses, il faut chercher avec quelque attention pour découvrir que les abcès de la suture ont une influence sur l'avenir de la cicatrice.

J'accorde bien qu'on ne doit pas négliger certaines précautions élémentaires, ôter les fils avant que la réunion soit faite, laisser les tissus se placer comme ils veulent et former des trous et des bosses. Je reconnais que la suture en masse, bien qu'ayant encore de rares partisans, ne vaut pas la suture à étages que nous avons presque tous adoptée. Mais le fait essentiel et qui domine tout, c'est de n'avoir pas de suppuration.

Je pense que, pour les étages profonds, le meilleur fil est le catgut ; que la soie donne de bons résultats, mais qu'il faut déjà user d'artifice — soie très fine, points séparés — et qu'elle est un peu moins sûre ; que le crin de Florence est parfait pour les téguments, mais que s'en servir pour les surjets et les sutures perdues, c'est aimer les corps étrangers et les causes d'infection. Je pense, enfin, que c'est se donner bien de la peine que d'ouvrir méthodiquement la gaine des droits, d'exciser la ligne blanche, de réséquer une petite bande musculaire et de faire une ligne de sutures pour chacun de ces plans. Qui vous dit que l'aponévrose manque de vaisseaux et se réunit mal ? Qui vous dit que le muscle droit n'est pas suffisamment avivé par le seul fait de sa mise à nu ? Il est difficile, excepté sur les ventres distendus, et il serait absurde de pousser la précision jusqu'à inciser la ligne blanche sans ouvrir la gaine. Celle-ci ouverte, prenez dans votre surjet son feuillet antérieur, seul ou avec du tissu musculaire, rapprochez tout bonnement, n'ayez pas d'abcès, et je vous garantis une réunion durable. Même sans suture intradermique, je vous garantis une cicatrice presque invisible au bout de quelques mois.

En étudiant les liens étroits qui unissent l'antisepsie aux progrès de la technique, je n'ai pas encore dit quel essor nouveau cette union féconde est venue donner à la *gynécologie conservatrice*, en substituant maintes fois aux extirpations d'organes une thérapeutique plus mesurée et plus délicate. Vous m'approuverez, j'en suis sûr, de trouver ici la meilleure conclusion au trop long discours que vous venez d'entendre.

Naguère encore, notre seule ambition était d'enlever les organes malades aussi bien que les grosses tumeurs ; nous n'avions que des procédés synthétiques pour extraire en masse. Aujourd'hui, pour conserver l'intégrité absolue ou relative des fonctions, nous aimons les ablations partielles, les fines résections, les sutures qui rapprochent les tissus et reconstituent les organes. Nous pouvons, au cours d'une laparotomie, énucléer un fibrome de sa loge, fermer la plaie musculaire et laisser l'utérus en place. Nous pouvons

traiter par l'ignipuncture un ovaire polykystique, supprimer un gros kyste séreux ou hématique en respectant la partie saine du tissu. Nous pouvons ouvrir une trompe oblitérée, la vider de son contenu, refaire un pavillon et l'appliquer sur l'ovaire ; et déjà quelques opérations de ce genre ont été suivies de grossesses. Bref, une asepsie perfectionnée nous donne licence d'aller à la recherche des viscères pour analyser leurs états morbides et pour les réparer au lieu de les détruire ; elle autorise les interventions anaplastiques, non plus seulement sur le col de l'utérus ou les parois vaginales, mais dans les profondeurs de la cavité pelvienne. Dans cette voie, nos recherches ne touchent pas encore à leur fin ; si bien qu'à la sûreté toujours plus grande de nos opérations radicales l'avenir ajoutera, nous en avons le ferme espoir, des succès thérapeutiques toujours plus précieux.

De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin. — MM. Bonnaire et Bué, *rapporteurs*. Les auteurs ont résumé leur rapport dans les conclusions suivantes :

1° Les dimensions du bassin, spécialement au niveau des deux détroits supérieur et intérieur, peuvent se modifier suivant l'attitude imprimée au tronc et aux membres pelviens de la femme.

2° Ce changement de rapport entre les divers diamètres du bassin est favorisé par le relâchement des symphyses pelviennes, qui se produit, à degré variable, sous l'influence de la grossesse.

3° Le jeu des articulations sacro-iliaques permet un mouvement de bascule du sacrum autour d'un axe transversal, passant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de cet os (mouvement de nutation de Duncan). En raison de l'inégalité des deux bras de levier que représente le sacrum de part et d'autre de l'axe de nutation, l'exploration de l'extrémité sacro-coccygienne est plus étendue que celle de l'extrémité sacro-lombaire, toutefois elle est limitée par la tension des ligaments sacro-sciatiques.

4° La forme des surfaces articulaires sacro-iliaques et l'emboîtement cunéiforme en sens vertical du sacrum entre les deux os coxaux commandent les mouvements de bascule de ces deux os, qui s'effectuent en même temps que la nutation du sacrum.

5° Quand la base du sacrum se propulse en avant, vers les pubis, la partie supérieure des os iliaques bascule de dehors en dedans. Par ce mouvement complexe, le détroit supérieur se rétrécit principalement d'avant en arrière, et accessoirement en sens transversal.

Par contre, le rejet en arrière de la base du sacrum entraîne un léger agrandissement du détroit supérieur, principalement dans le diamètre antéro-postérieur et accessoirement en sens transversal.

6° Quand le détroit supérieur s'élargit, le détroit inférieur diminue dans tous les diamètres, en raison de l'antépulsion du coccyx et du rapprochement concentrique des deux ischions.

Par contre, les diamètres de ce dernier détroit, spécialement le bi-ischiatique, augmentent avec l'antépulsion de la base du sacrum et le rejet des ailes iliaques en dedans.

7° L'attitude d'hyperextension du corps entier, le tronc prenant appui par la région sacrée sur un plan résistant, a pour effet d'agrandir le détroit supérieur en sens sagittal, à la fois par le rejet de la base du sacrum en arrière et par l'abaissement du pubis.

Cette attitude semble avoir été usitée empiriquement pour faciliter l'accouchement dès le XVI^e^ siècle. Son influence sur l'élargissement de l'entrée du bassin d'avant en arrière a été démontrée par Crouzat en 1881. Elle a été systématiquement appliquée à l'accouchement dans les viciations pelviennes supérieures, par Walcher en 1889.

8° Nos expériences nous ont montré que l'agrandissement du détroit supérieur, en sens sagittal, est moindre que l'a indiqué Walcher. Il est en moyenne de 3 millimètres.

9° L'attitude de pelotonnement des membres pelviens sur le tronc, en position de la taille périnéale, rétrécit le détroit supérieur. Elle élargit considérablement le détroit inférieur, dans le sens transversal. L'accroissement moyen, en passant de l'attitude hyperétendue à celle de la taille, a donné un accroissement moyen de 16 à 18 millimètres pour le diamètre bi-ischiatique.

10° La position en hyperextension est indiquée pour favoriser l'engagement spontané de la tête dans les diverses formes de viciations rachitiques du bassin. On ne peut compter sur un agrandissement suffisant qu'aux cas où l'on s'est assuré, au préalable, qu'il existe un relâchement notable des jointures du bassin, appréciable d'après le degré de mobilité des deux pubis l'un sur l'autre.

11° Le degré d'agrandissement du diamètre promonto-pubien minimum ne peut être évalué par le toucher mensurateur, l'abaissement des pubis, dans la position hyperétendue, modifiant les rapports de longueur qui existent entre ce diamètre et le diamètre promonto-sous-pubien, seul directement mesurable.

12° L'emploi de la position hyperétendue est indiqué soit pour effectuer l'engagement de la tête à l'aide du forceps, soit pour extraire la tête dernière retenue au détroit supérieur rétréci. Toutefois, la gêne apportée aux manœuvres obstétricales dans cette attitude de la femme annihile, en pratique, une partie des avantages qui découlent du léger agrandissement du détroit supérieur.

13° L'emploi de la position de la taille périnéale est beaucoup plus profitable ; mais il est moins souvent indiqué que celui de l'attitude d'hyperextension. On doit le réserver pour les cas où il existe un rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique), pour ceux où la tête est enclavée en présentation du front dans le petit bassin et doit être extraite par le forceps, pour ceux encore où, la tête étant extraite, les épaules sont arrêtées sur le plancher du bassin en raison de l'excès de volume du tronc. A l'inverse de l'attitude en hyperextension, l'attitude de la taille favorise les interventions obstétricales, en présentant au mieux le champ opératoire à l'accoucheur.

14° L'agrandissement maximum est obtenu avec la position de la taille périnéale, les genoux vis-à-vis des épaules, en évitant de les porter tant en abduction qu'en adduction.

L'avantage sera d'autant plus grand dans un bassin cyphotique que la cyphose sera pure et exempte de toute influence rachitique au point de vue pathogénique.

M. Walcher (Stuttgart), co-rapporteur. — L'auteur, après avoir fait l'historique de la question, rappelle ses propres recherches, qui datent de 1865. Sur des bassins secs il constata que le diamètre promonto-sus-pubien se

modifie dès que les articulations sacro-iliaques permettent un mouvement, si petit soit-il. En 1869 il vit, sur le vivant, que l'on obtenait un agrandissement du diamètre promonto-sus-pubien en faisant exécuter une rotation en avant et en bas par les os iliaques, en se servant des cuisses comme levier.

En plaçant une femme à terme sur le bord d'une table et en relevant les cuisses sur le ventre, on peut atteindre le promontoire plus facilement que dans le décubitus dorsal. Si, au contraire, on laisse les cuisses s'abaisser autant que possible, on constate que le promontoire se déplace en arrière.

Au point de vue pratique, dans les bassins modérément rétrécis on n'aura qu'exceptionnellement besoin de la position à jambes pendantes, surtout si la tête se présente et si les contractions utérines sont régulières. C'est surtout dans les opérations obstétricales et particulièrement dans les applications de forceps au détroit supérieur et dans l'extraction après la version podalique qu'il faut avoir recours à la position à jambes pendantes. Si la tête dernière n'entre pas tout à fait dans l'excavation à la suite de l'emploi de la position à jambes pendantes, il faut relever les fémurs, en tirant continuellement sur la tête, pour déplacer la partie antérieure du bassin en haut. Quand la tête est entrée dans l'excavation, il faut terminer l'extraction dans la position obstétricale.

Des rapports de l'opération césarienne avec la symphyséotomie, la craniectomie et l'accouchement prématuré artificiel. — M. Léopold (de Dresde), rapporteur, termine par les conclusions suivantes :

1 A vant terme.

Si la femme multipare a eu un ou plus d'un accouchement pénible à cause du rétrécissement du bassin, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, si le bassin n'est pas trop rétréci (diamètre antéro-postérieur au-dessus de 7 centimètres dans le bassin aplati, simple ou rachitique, 7 cent. 1/2 dans le bassin généralement rétréci). Le moment de choix pour l'intervention est la trente-cinquième semaine de la grossesse. Pour une issue favorable il importe surtout que la poche des eaux soit conservée et que l'enfant se présente par la tête.

2° A terme.

La craniotomie est indiquée :

a) Quand l'enfant est mort et si le travail n'avance plus, même si le bassin ne présente qu'un rétrécissement léger ;

b) Quand l'enfant souffre, le rétrécissement du bassin étant un obstacle pour l'accouchement spontané et la version, ainsi que l'application du forceps, étant trop dangereuse, voire même inadmissible, Cette règle s'applique tout autant aux accouchements à l'hôpital qu'à ceux faits à domicile. Le danger pour la mère est trop grand pour risquer une opération césarienne ou une symphyséotomie quand on n'est pas sûr que l'enfant naîtra vivant ;

c) Quand l'enfant se porte bien, on ne fera dans une clinique la craniotomie que par exception. Par contre, dans le traitement à domicile, elle est indiquée si l'accouchement spontané, le forceps et la version sont exclus et la terminaison du travail est indispensable, et si l'accoucheur croit que, toute circonstance bien considérée, l'opération césarienne ou la symphyséotomie seraient trop dangereuses. Il faut que le diamètre antéro-postérieur dépasse 6 centimètres.

Dans les cas exceptionnels ou des raisons de famille commandent que l'enfant naisse vivant, ne fût-ce que pour quelques minutes, il faut prendre l'avis d'un confrère sur la conduite à tenir et il faut faire part à la famille de la femme de tous les dangers qui entourent les opérations par lesquelles on pourrait sauver l'enfant.

L'opération césarienne a des indications absolues ou relatives. Dans les bassins d'un diamètre antéro-postérieur de 7 1/2 à 6 centimètres, l'indication est relative. Si le diamètre antéro-postérieur est au-dessous de 6 centimètres, l'indication est absolue.

L'opération césarienne, pour avoir une indication relative, exige une des conditions suivantes : il faut que l'accouchement spontané soit impossible, que la version et le forceps soient inadmissibles, que l'enfant se porte bien et que la parturiente se trouve dans une clinique ou dans des conditions tout aussi favorables quant à l'opération et aux soins à donner à l'opérée.

Quand elle ne se trouve pas dans des conditions assez favorables, la craniotomie de l'enfant vivant sera l'opération à choisir.

La symphyséotomie n'est indiquée que dans les bassins de 7 cent. 1/2 à 6 cent. 1/2; ses indications sont donc plus restreintes que celles de l'opération césarienne et ne comprennent pas complètement les bassins du second groupe. Avec cette restriction, la symphyséotomie peut faire concurrence à l'opération césarienne; à indication relative, elle réclame les mêmes conditions. Si ces conditions ne sont pas remplies, il faut avoir recours à la craniotomie.

Le choix de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne, à indication relative, dépend de l'expérience de l'opérateur.

Les résultats des deux opérations, faites dans les mêmes conditions, s'égalent à peu près pour la mère aussi bien que pour l'enfant.

Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. — M. E. Bumm (de Bâle). La confiance absolue dans le pouvoir protecteur de l'*antisepsie* a été considérablement affaiblie par des recherches exactes. Toute une série d'expériences et d'observations a prouvé qu'il est impossible d'arriver à faire des opérations avec absence absolue de microbes.

Nous pouvons rendre stériles les instruments et les pansements, mais il n'existe pas de méthode, du moins jusqu'ici, qui nous fasse arriver sûrement au même résultat pour la peau des mains et pour le champ opératoire.

Des recherches bactériologiques, faites depuis un an, pendant un grand nombre d'opérations, du commencement jusqu'à la fin, et intéressant non seulement la peau des mains et du champ opératoire, mais aussi la plaie, les instruments, le matériel de pansement et de ligature, m'ont conduit aux résultats suivants.

1. Il n'y a pas moyen d'enlever avec certitude tous les microbes des mains. L'emploi successif du savon et de l'eau chaude, de l'alcool et d'une solution de lysol ou de sublimé, pendant 10 minutes pour chaque opération, ne rend pas avec certitude la peau stérile.

Pour ces expériences il faut prendre des précautions très sévères, comme les prescrit la méthode Hægler, pour arriver à des résultats probants. Il importe surtout de ne pas

se contenter de l'examen d'une petite partie des mains, d'enlever les restes du sublimé et de tenir compte du ratatinement de l'épiderme par l'alcool.

2. La même conclusion s'impose pour la stérilisation de la peau du reste du corps et spécialement pour les organes génitaux externes, le périné, le vagin, etc.

3. Ce sont surtout les microbes venant de la couche profonde de l'épiderme et des conduits glandulaires que nous retrouvons dans le cours de l'opération aux instruments, aux ligatures et dans la plaie. Dans 50 grandes opérations, exactement contrôlées, il ne s'en trouva pas une dans laquelle les microbes manquèrent absolument.

4. Dans la méthode « aseptique », même quand on opère dans les meilleures conditions et avec les précautions les plus méticuleuses, le nombre des microbes est beaucoup supérieur à celui que donne l'emploi de la méthode antiseptique. La solution soi-disant stérile de chlorure de soude, contient à la fin de l'opération régulièrement des microbes et parfois même en grand nombre.

5. Les microbes contenus dans la poussière atmosphérique ne jouent qu'un rôle subordonné dans l'infection des plaies opératoires.

6. S'il est déjà difficile d'opérer sans donner accès aux microbes, il est encore plus difficile de tenir éloignés les microbes de la plaie et de son entourage pendant un plus grand laps de temps.

Donc, il faut dire que c'est une illusion de croire que l'asepsie et l'antisepsie amènent l'état stérile des plaies. Selon les circonstances il arrivera dans chaque plaie tantôt plus, tantôt moins de microbes.

Nonobstant la présence constatée de microbes, la plupart des plaies guérissent sans suppuration et sans fièvre, ce qui tient aux forces bactéricides de l'organisme.

Mais ce pouvoir bactéricide de l'organisme peut être insuffisant, ce qui arrive *quand les plaies sont mises en contact avec des microbes virulentes ou quand elles présentent des conditions défavorables au développement intégral des qualités bactéricides des tissus et des humeurs.*

Jadis l'arrivée des microbes virulents aux plaies n'était subordonné qu'au hasard. Aujourd'hui l'antisepsie nous permet d'éviter ce contact. Mais puisque d'un côté les microbes virulents se trouvent généralement liés aux sécrétions des plaies et aux humeurs d'un organisme infecté et que d'un autre côté une désinfection certaine de la main salie par ces sécrétions infectieuses est impossible, éviter le contact de matières septiques, l'abstinence après de tels contacts et l'isolement des malades septiques doivent être regardés comme l'élément dominant de toute asepsie ou antisepsie.

La seconde possibilité d'insuffisance du pouvoir bactéricide de l'organisme nous mène *au point où le domaine de la technique empiète sur celui de l'antisepsie. La technique doit remédier à la défectuosité de nos moyens antiseptiques et aseptiques, elle doit arranger les conditions dans lesquelles se trouve la plaie, de manière à ce que l'organisme puisse vaincre les microbes qui ne manquent presque jamais entièrement.* Dans ce sens on peut dire que des moyens purement techniques ont une grande influence sur la guérison aseptique des plaies.

Je voudrais donner quelques exemples pour développer amplement cette assertion.

Une opération de courte durée, bien exécutée, sans hésitations n'expose les tissus que pendant peu de temps à l'influence des choses ambiantes et réduit les attouchements au strict nécessaire, donc elle diminue les chances d'une infection accidentelle. Le nombre des microbes arrivant dans la plaie sera beaucoup moindre que dans le cas d'une opération de longue durée, pendant laquelle les tissus sont lacérés par des attouchements réitérés.

En outre, par une courte durée de l'opération, la résistance des tissus vulnérés tout autant que la résistance générale de l'organisme est mieux préservée. Laisser ouverte la cavité péritonéale pendant longtemps a une mauvaise influence bien connue sur le cœur, les intestins et la séreuse. L'asepsie a fait cesser le danger causé par l'application de désinfectants trop concentrés.

La signification de l'*hémostase* pour la guérison aseptique des plaies est bien connue. Plus la plaie est sèche, plus il y a de chances d'une guérison primaire. D'un autre côté le sang suinté, perdant vite en dehors des vaisseaux ses propriétés bactéricides, forme un milieu de culture excellent pour les microbes. C'est surtout le cas pour la cavité péritonéale, de sorte que pour les opérations abdominales une hémostase exacte est au moins aussi importante qu'une asepsie exacte.

Ensuite le choix de la *voie opératoire* a de l'importance. Il n'est pas permis de rejeter en principe soit la voie vaginale, soit la voie abdominale. Si par le vagin le champ opératoire se laisse mettre à jour de manière à ce qu'une hémostase exacte soit possible et que les lésions de voisinage puissent être évitées, alors la voie vaginale est la moins dangereuse et la meilleure. Mais si de cette manière il est impossible d'y voir suffisamment, il vaut mieux négliger les difficultés de l'asepsie et se laisser guider par la technique que demande la laparotomie.

Un dernier point, où l'antisepsie et la technique se touchent, c'est le *drainage*, et surtout le drainage de la cavité péritonéale.

Il est certain que le drainage le plus large ne fait rien dans la péritonite septique diffuse. Mais le cas est tout autre quand il s'agit de troubles locaux, soit foyers purulents, soit lésions étendues de la séreuse ou contact de celle-ci avec des matières infectieuses. Dans ces conditions-là, il ne faut pas exiger du péritoine plus que d'une autre plaie et je fais alors le drainage par les tampons de gaze. Ce drainage m'a toujours donné de bons résultats et il vaut mieux, à mon avis, le faire une fois de trop qu'une fois de moins.

Somme toute, il faut conclure que, pour arriver à un résultat entièrement satisfaisant l'antisepsie et la technique doivent s'entre-aider. L'une sans l'autre ne suffit pas. L'histoire du traitement intra-péritonéal du moignon dans la myomotomie offre un bon exemple de l'importance de la technique relativement à l'antisepsie.

L'antisepsie est assez facile à apprendre et à pratiquer. La technique est plus difficile à apprendre, c'est un art qui demande avant tout une aptitude innée. Il est plus que temps de donner de nouveau plus de prépondérance à l'enseignement de la technique, par trop négligé en faveur de celui de l'antisepsie.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Conférence médicale internationale de Bruxelles

4 septembre 1899.

C'est en 1867 qu'eut lieu à Paris le premier congrès médical international.

A cette époque, les congrés étaient moins fréquents que maintenant et les études scientifiqnes moins spécialisées. Aussi la commission d'organisation put-elle mettre parmi les sept questions de son programme celle-ci :

« Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes? »

Ce sujet donna lieu à de nombreuses communications, la discussion fut longue et brillante, le principe de la réglementation de la prostitution fut admis et on nomma une commission qui devait reviser les coutumes anciennes et proposer aux diverses puissances un projet de réglementation internationale, ayant pour point de départ et pour but la seule prophylaxie des maladies vénériennes.

Cette commission eut hélas le sort de beaucoup d'autres. Se réunit-elle? — Nous l'ignorons, mais ses résultats furent en tout cas absolument nuls.

Après la guerre de 1870, on vit surgir le mouvement *abolitionniste* qui, sous l'influence et la direction de la *Fédération Britannique*, essaya, tant au Congrés de Genève (1877) que dans d'autres nombreuses réunions, d'imposer à l'opinion publique la suppression de tout système de réglementation. Le résultat plus ou moins éloigné de ce mouvement fut, en Angleterre, le retrait des « Acts » sur les maladies contagieuses, et en Italie la loi Crispi, loi qui, du reste, fut rapportée peu de temps après avoir été promulguée.

Cependant, en France, à la suite d'une longue discussion au conseil municipal au sujet de la Police des Mœurs (1879 83), M. Camescasse, alors préfet de police, nomma en 1885 une commission chargée de voir s'il n'y avait pas des progrès à réaliser dans cet ordre d'idées. La commission se réunit, un long rapport fut même publié, mais les événements ne permirent pas de donner suite à ses conclusions.

En 1887-88, l'Académie de médecine, sur la demande de M. le prof. Fournier, mit cette même question à son ordre du jour. Après de nombreuses séances, un rapport magistral termina cette discussion sans résoudre la question, puisque ce rôle ne pouvait plus incomber qu'au Parlement, seul capable de faire une loi.

Entre temps, bien des congrès médicaux s'étaient tenus, mais les progrès des sciences avaient multiplié considérablement les différentes branches émanant du même tronc, de sorte que chaque spécialité médicale ayant pour ainsi dire son congrès, la prophylaxie des maladies vénériennes renvoyée de la médecine à l'hygiène, de l'hygiène à la sociologie à cause de la Prostitution, trouvait si difficilement à se caser que lors du premier congrès international de syphiligraphie tenu à Paris en 1889, ce fut seulement à la fin de la dernière séance qu'une proposition fut faite à ce sujet. Un vote unanime, comme ceux qui précèdent un grand départ, accueillit ce projet; mais si une commission fut nommée, à coup sûr, elle ne se réunit jamais.

En 1890, M. Em. Richard fit au conseil municipal un rapport remarquable dont tout n'est peut-être pas à admettre, mais qui, rédigé sans passion, fournit un aperçu très juste des nombreux points de cette épineuse question. Aucune suite ne lui fut donnée. Et pourtant bien des publications sur ce sujet voyaient le jour; les Etats de l'Europe qui n'avaient pas de dispositions prises à cet égard empruntaient les réglements de Paris; les villes de France, dont la population augmentait, adoptaient ou à peu près le régime de la capitale; les abolitionnistes ayant remporté la victoire en Angleterre, multipliaient leur propagande et, sans spécialiser la question, l'introduisaient partout où il était question du *Féminisme*.

Le sentiment de fausse pudeur qui avait toujours empêché les législateurs de s'occuper de ce sujet, à commencer par le conseil des Cinq-Cents, finit pourtant par s'atténuer. Est-ce à la licence des rues, à celle des titres s'étalant à toutes les librairies ou à toute autre cause, que fut dû ce résultat? Nous l'ignorons. Ce qui est certain, c'est qu'une évolution se produisit dans les esprits et qu'au mois d'avril 1894, M. Bérenger, alors vice-président du Sénat, proposa une loi embrassant les multiples sujets de cette grave question. — Le Sénat en adopta une partie, rejeta l'autre, celle qui, malheureusement, intéressait le plus les médecins, mais c'était un pas de fait, l'élan était donné et au mois de novembre 1894, M. G. Berry déposait à la Chambre des Députés un projet de loi qui, sauf quelques modifications, pouvait être accepté sans grande discussion. Ce projet ne fut pas même mis à l'ordre du jour et les choses auraient pu aller ainsi pendant de nombreuses législatures si, à la suite du congrès de la tuberculose tenu à Berlin en 1898, l'idée de réunir en pays neutre une conférence internationale, dont l'unique but serait la prophylaxie des maladies vénériennes, n'était venue à quelques médecins étrangers. M. le Dr Dubois Havenith, de Bruxelles, se chargea de toute l'organisation et l'Europe entière enverra le 4 septembre, dans la capitale de la Belgique, des délégués chargés de discuter les six questions du programme. Voici les noms des délégués français, envoyés par les ministères de l'Instruction publique, de l'Intérieur et la Préfecture de Police.

Prof. A. Fournier, president de la délégation. MM. les Drs Augagneur (Lyon), Balzer (Paris), Barthélemy (Paris), Bourges (Paris), Brousse (Montpellier), Carlier (Lille), Chantemesse (Paris), Charmeil (Lille), Danlos (Paris), Davesne (Paris), Du Castel (Paris), Etienne (Nancy), Hallopeau (Paris), Haushalter (Nancy), Honorat, chef de la 1re Division à la Préfecture de Police, Le Pileur (Paris), Livon (Marseille), Magon (Marseille), Perrin (Marseille), Queirel (Marseille), Spilhmann (Nancy).

Avec de pareils éléments et ceux que nous connaissons de l'étranger, nous sommes certains que cette conférence fera de bonne besogne, pourvu cependant qu'elle ne se termine pas encore par la nomination d'une commission.

XX.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions des stagiaires.* — Seront inscrits d'office, sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1899-1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec, pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu les 31 octobre, 3 et 4 novembre 1899, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commencera irrévocablement du 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Stage d'accouchement et stage spécial. — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement, ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions ne seront pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études que l'administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux devront justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchements.

Justification du stage. — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'administration générale de l'Assistance publique.

L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé ; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus ; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier.

Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Conformément aux dispositions énoncées dans le programme du prix Godard, la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux décernera en 1900 un prix de 2.000 francs à l'auteur du meilleur mémoire produit sur l'une des trois questions suivantes, savoir :

Section de médecine : 1° Description clinique et pathogénie des troubles de la sensibilité observés chez l'homme à la suite des lésions organiques des hémisphères cérébraux ; 2° pathogénie des accidents cardiaques non valvulaires dans les maladies infectieuses ; 3° de la défense de l'œil contre les microbes pathogènes, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

Les candidats auront toute l'année pour traiter l'un de ces sujets ; ils devront faire parvenir leur travail au Secrétariat avant le 31 juillet 1900.

Les mémoires devront être manuscrits, écrits en français, signalés par une devise et accompagnés : 1° d'une analyse du travail faisant ressortir les parties originales du mémoire dont l'auteur pensera pouvoir s'attribuer la découverte ; 2° d'un pli cacheté reproduisant la devise et renfermant une désignation suffisante du candidat, un exposé de ses titres scientifiques, de son état civil et de sa scolarité accomplie devant la Faculté de Bordeaux.

Conditions de concours. — Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine ayant fait toutes leurs études à la Faculté de médecine de Bordeaux et qui n'auront pas atteint en 1900 l'âge de 35 ans révolus. Par exception, les docteurs âgés de plus de 35 ans sont admis à concourir s'ils ont subi leur thèse dans les 3 années précédant le concours.

Le Conseil supérieur de la mutualité. — Le scrutin de ballottage pour l'élection du représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité a eu lieu le 6 août, en voici les résultats.

Suffrages exprimés..... 66

Ont obtenu :

MM. Pouliot de Poitiers (élu).....	35	voix
Archambaud.....	12	—
Landes.....	8	—
Cezilly.....	5	—
Divers.....	6	—

Le Conseil se trouve aujourd'hui composé de la façon suivante :

Le ministre de l'Intérieur, président.

Sénateurs élus par leurs collègues. — MM. Lourties et Savary.

Députés élus par leurs collègues. — MM. Audiffred et Louis Ricard.

Conseillers d'Etat élus par leurs collègues. — MM. Cazelles et Hébrard de Villeneuve.

Délégué du ministre de l'Intérieur. — M. Barberet, chef du bureau des institutions de prévoyance au ministère de l'Intérieur.

Délégué du ministère de l'Agriculture. — M. Cabaret, chef de division au ministère de l'Agriculture.

Délégué du ministre du Commerce. — M. Nicolas, directeur du travail et de l'industrie au ministère du Commerce.

Membre de l'Académie des sciences morales et politiques désigné par l'académie. — M. Eugène Rostand.

Membre du Conseil supérieur du travail nommé par ses collègues. — M. Bouteloup, employé de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans.

Membres agrégés de l'Institut des actuaires français désignés par le ministre de l'Intérieur. — MM. Guieysse, député, et Marié, actuaire.

Le directeur général de la comptabilité au ministère des Finances.

Le directeur du mouvement général des fonds au même ministère.

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations.

Membre de l'Académie de médecine désigné par l'Académie. — M. le Dr Lannelongue.

Représentant des Syndicats médicaux élu par ces syndicats. — M. le Dr Pouliot, président du Syndical médical de la Vienne.

Et 18 membres élus par les sociétés de secours mutuels :

Parmi ces 18 membres, nous remarquons le nom de M. le Dr Gyoux, président de Société de secours mutuels.

Hospice des Quinze-Vingts. — M. le Dr Binet vient d'être nommé médecin-adjoint de cet établissement en remplacement de M. le Dr Bonnefoy, promu titulaire.

La clinique otologique, fondée en 1867 par le Dr Ladriet de Lacharrière à l'institution nationale des Sourds-Muets, est réorganisée par lui, avec le concours de M. le Dr Suarez de Mendoza, rue Guénégaud, n° 23.

Les malades sont reçus les mardis, jeudis, et samedis à trois heures.

La clinique et son laboratoire sont à la disposition des étudiants en médecine.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, en date du 22 juillet 1899, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, la médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

M. Mettetal (Alfred-Frédéric), interne des hôpitaux de Paris.— M. Millet (Maurice-Louis), interne des hôpitaux de Paris. — M. Dionis du Séjour (Pierre-Louis), externe des hôpitaux de Paris. — M. Guihal (Paul-Antoine), externe des hôpitaux de Paris. — M. Mainguy (Emile-Pierre-Louis), interne des hôpitaux de Paris.

Ça n'est pas encore ça. — Vous vous souvenez, sans doute, du fameux professeur de la Faculté de Vienne, qui prétendait pouvoir déterminer à l'avance, par un procédé d'alimentation spécial, le sexe des enfants à naître. Ce grand maître vient de faire une brioche !

Il paraît que la Czarine, sitôt qu'elle se sut enceinte, l'avait fait consulter ; l'auguste épouse de Nicolas II désirait fortement avoir un garçon.

Le professeur Schenk prescrivit aussitôt un régime sévère, celui de la parturition mâle selon son codex. Et la Czarine suivit le dit régime religieusement, sans en oublier un seul iota, mangeant et buvant ce qu'il fallait, comme et quand il le fallait.

Résultat : Elle accoucha d'une fille. (*Presse méd. belge.*)

Nécrologie. — Le Dr W. Binaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, vient de mourir en quelques jours à l'âge de 37 ans. — M. Thomas, pharmacien, maire du XIIIe arrondissement de Paris.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Excursions aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais. — Les Compagnies P. L. M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence Desroches, des excursions aux Gorges du Tarn, les 2 et 9 septembre.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire choisi) : 1re cl., 295 et 395 fr. ; 2e cl., 265 et 355 fr.

S'adresser pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

— Stations thermales et balnéaires. Vacances. Billets d'aller et retour collectifs pour familles. — Nouvelles réductions. — La Compagnie P. L. M. délivre depuis le 1er août des billets d'aller et retour collectifs pour les familles se rendant aux stations thermales et balnéaires ou en vacances.

L'émission de ces billets aura lieu chaque année du 15 mai au 15 septembre.

Les billets pour les stations thermales et balnéaires sont délivrés dans toutes les gares pour un parcours simple d'au moins 150 kilomètres, ils sont valables pendant 33 jours.

Les billets de vacances sont délivrés à Paris pour toute gare située à 500 kilomètres de Paris au moins, ils sont valables jusqu'au 15 novembre.

Le prix du billet collectif s'obtient en ajoutant :

Stations thermales (au moins 4 personnes) au prix de 6 billets simples ordinaires (pour les trois premières personnes), le prix d'un billet simple pour la 4e personne, la moitié de ce prix pour la 5e et chacune des suivantes.

Bains de mer (au moins 2 personnes) au prix de deux billets simples (pour la 1re personne) le prix d'un billet simple pour la 2e personne, la moitié de ce prix pour la 3e et chacune des suivantes.

Vacances (au moins 3 personnes) au prix de 4 billets simples (pour les 2 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la 3e personne, la moitié de ce prix pour la 4e et les suivantes.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*